

2022年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

提出日 年 月 日

【受講者】

| | | | | | | |
|------|----------------------|---------|------|---|---|----|
| フリガナ | | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | 平成 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | メールアドレス | | | | |
| 所持資格 | 医師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 | | 実務経験 | | 年 | ヵ月 |

【所属施設】

| | | | | | | |
|---------|----|-------|------|--|--|--|
| 法人名 | | | | | | |
| サービス種別 | | 施設名 | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | | | | |
| メールアドレス | | | | | | |
| 施設担当者 | 役職 | | 担当者名 | | | |

| | | |
|-----|--------------------------|---------------------------|
| 回数 | 開催日時 | 研修会場名 |
| 第9回 | 2022年7月6日(水)9時15分～17時15分 | 医療法人社団 創造会 平和台病院 未来館2階 |

【申込書と同封するもの】

- ① 医師又は保健師・助産師・看護師の免許証写し
- ② 封筒長形 3号封筒に84円切手を貼付し受講者の住所氏名を記入してください

【お問い合わせ先】

〒270-1101 千葉県我孫子市布佐834-28
 医療法人社団 創造会 平和台病院 総務部 医療的ケア教員講習会担当:平
 TEL :04-7189-1545(直) (平日 9時～17時)
 FAX:04-7189-5079
 E-mail: info-scc3@medicalplaza.or.jp

*は記入しないでください

| | | | | |
|----------------|-----|-----|--------|------|
| | 受付日 | 資格証 | 決定通知送付 | 振込確認 |
| * 教育研修G 記入欄 | | | | |